

Objectifs, pertinence et méthodologie de l'enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes de 6 à 14 ans

Jean-Jacques Breton, J. P. Valla et L. Bergeron

Volume 17, numéro 2, automne 1992

Communautés culturelles et santé mentale

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/502084ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/502084ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer ce document

Breton, J.-J., Valla, J. & Bergeron, L. (1992). Objectifs, pertinence et méthodologie de l'enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes de 6 à 14 ans. *Santé mentale au Québec*, 17(2), 302–309. <https://doi.org/10.7202/502084ar>

Objectifs, pertinence et méthodologie de l'enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes de 6 à 14 ans

Le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec a demandé, en 1989, à l'hôpital Rivière-des-Prairies, centre hospitalier affilié à l'Université de Montréal, de réaliser, sous la responsabilité du Conseil d'administration de Santé Québec, une enquête sur les problèmes de santé mentale des jeunes de 6 à 14 ans¹.

Afin de mettre au point le devis méthodologique de l'enquête, six enquêtes contemporaines sur la santé mentale des enfants et adolescent(e)s

ont été révisées. Ces enquêtes ont eu lieu au Canada, en Ontario (Boyle et al., 1987; Offord et al., 1987), en Hollande (Verhulst et al., 1985), en Nouvelle-Zélande (Anderson et al., 1987), aux États-Unis (Kashani et al., 1987; Velez et al., 1989) et à Porto Rico (Bird et al., 1988). Toutes ces enquêtes font appel à la classification DSM-III. La méthodologie et les résultats de ces enquêtes ont été comparés (Valla et al., 1992a). Une attention particulière a été accordée aux stratégies mises en place pour la définition des cas en fonction des différents informateurs et de l'évaluation de l'adaptation.

Dans le cadre de la préparation à l'enquête, une étude pilote a été réalisée au cours de l'été 1990. Cent soixante-cinq enfants et adolescent(e)s de 6 à 14 ans ont été évalués dont 139 de la population générale et 26 des cliniques externes de l'hôpital Rivière-des-Prairies (Bergeron et al., 1992 a et b). À la suite de l'étude pilote, les instruments de mesure et la procédure de collecte des données ont été finalisés.

Objectifs

Le premier objectif de l'enquête consiste à établir la prévalence de quatre grandes catégories de problèmes de santé mentale chez les jeunes québécois. Il s'agit des problèmes les plus fréquents: (1) dépression (incluant dépression majeure et dysthymie), (2) anxiété (incluant anxiété de séparation, hyperanxiété et anxiété généralisée et phobie simple), (3) déficit de l'attention avec hyperactivité, (4) opposition et trouble des conduites. La classification américaine DSM-III-R est utilisée (American Psychiatric Association, 1987). Cette classification qui ne repose sur aucune allégeance théorique fait appel à des critères empiriques et évalue plusieurs axes du fonctionnement de l'enfant.

Le deuxième objectif consiste à mettre en relation les problèmes de santé mentale avec les variables qui leur sont associées. On appelle souvent ces variables facteurs de risque. Ces variables associées concernent l'enfant, sa famille et le milieu socio-économique.

Le troisième objectif porte sur la mise en relation et de la santé mentale et de la santé physique avec l'utilisation des services.

Pertinence

Comme le révèle le rapport du groupe de travail pour les jeunes, le ministère de la Santé et des Services sociaux ne dispose que de données très partielles sur la nature et l'ampleur des problèmes de santé mentale au Québec (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1991). Ces données proviennent de la gestion des services, que ce soit dans le domaine de la

protection de la jeunesse, de la pédopsychiatrie ou encore de la réadaptation. Les ministères de la Justice et de l'Éducation fournissent également des statistiques administratives, telles celles du coroner, et les statistiques sur la fréquentation scolaire. Il existe également un certain nombre d'études sur les problèmes psychosociaux des jeunes, mais il s'agit d'études locales ou régionales sur un problème précis, comme les conduites suicidaires (Tousignant et al., 1988) ou les comportements agressifs chez les jeunes (Gagnon et al., 1991). Il n'existe aucune étude sur la nature et l'importance des problèmes de santé mentale de l'ensemble des jeunes du Québec.

Les données dont on dispose se révèlent par ailleurs alarmantes. Le taux de suicide chez les jeunes de 15 à 19 ans est un des plus élevé au monde (Tousignant et al., 1990). En 1988-1989, 33,000 jeunes fréquentant l'école secondaire ont abandonné leurs études (Ministère de l'Éducation, 1991). Le décrochage scolaire est devenu un problème de société qui traduit un malaise profond chez les jeunes.

La structure des familles québécoises a beaucoup changé au cours des dix dernières années. Le nombre de séparations dépasse maintenant le nombre de débuts d'union légale, ce qui conduit à une augmentation constante du nombre de familles monoparentales et de familles reconstituées. Les résultats de l'enquête permettront d'évaluer les problèmes des enfants et adolescent(e)s en fonction de la réalité contemporaine des familles.

Méthodologie

Population à l'étude

La population étudiée est l'ensemble des enfants et adolescent(e)s de 6 à 14 ans inclusivement, résidant au Québec, et pouvant s'exprimer en français ou en anglais. Les familles amérindiennes sont exclues pour des raisons d'accès et de culture. La région socio-sanitaire 10 (Nouveau-Québec), les Îles-de-la-Madeleine et la zone rurale de la Côte-Nord sont exclues en raison du coût des déplacements. Les familles amérindiennes et celles des zones périphériques ne comprennent que 5.9 % de l'ensemble des ménages en milieu rural.

Cadre et procédure d'échantillonnage

Le fichier des allocations familiales de la Régie des rentes du Québec est utilisé comme cadre d'échantillonnage. Il s'agit d'un fichier de bénéficiaires qui est constamment mis à jour. Les identificateurs retenus sont le code postal et l'âge.

Le système de codes postaux a servi de base pour définir les unités primaires d'échantillonnage. Dans les grandes villes comme Montréal, Laval, Québec et les noyaux urbanisés des villes de taille intermédiaire, un échantillonnage systématique est réalisé alors que dans les petites villes et les zones rurales, un échantillonnage à deux ou trois degrés est effectué afin de réduire les coûts de déplacement.

Effectif de l'échantillon

Le calcul de l'effectif est basé sur les considérations suivantes:

- un seuil de confiance à 95 % pour l'ensemble des sujets et chacun des trois groupes d'âge (6-8 ans, 9-11 ans, 12-14 ans);
- un contrôle des erreurs de 1ère et 2^e espèces lors des comparaisons des filles avec les garçons;
- des prévalences attendues variant entre 15 et 20 %.

Pour chaque groupe d'âge, un effectif de 800 sujets permet des précisions absolues de 2.5 à 2.8 % pour des prévalences variant entre 15 et 20 %. Si on considère l'échantillon total, un effectif de 2400 sujets assure des précisions de 1.4 à 1.6 % pour des prévalences de 15 à 20 %. À des fins de comparaison des filles avec les garçons, pour chaque groupe d'âge, un nombre de 400 sujets par sexe permet, avec une erreur de 1ère espèce à .05 et une erreur de 2^e espèce à 0.20, de détecter une différence de 4.2 %, pour une prévalence combinée ($p_1 + p_2/2$) de 15 % et une différence de 5.6 % pour une prévalence combinée de 20 %.

La fraction d'échantillonnage s'établit à 1/345, ce qui veut dire qu'un enfant sur 345 est choisi pour participer à l'enquête. L'effectif, pour des raisons d'éligibilité, d'accessibilité et de collaboration, a été triplé au départ pour un total de 7,200 enfants et adolescent(e)s.

Variables et instruments

La santé mentale des enfants et adolescent(e)s

L'information est recueillie auprès de trois informateurs, l'enfant ou l'adolescent(e), l'un des deux parents, le plus souvent la mère, et le professeur pour les enfants de 6 à 11 ans des écoles primaires. Les professeurs sont questionnés pour deux des quatre catégories de problèmes, soit le déficit de l'attention avec hyperactivité et les problèmes d'opposition et de troubles des conduites.

La traduction française de la version la plus récente du «Diagnostic Interview Schedule for Children, second version» (DISC-2) (Shaffer et al., 1991) est utilisée auprès des adolescent(e)s de 12 à 14 ans et de tous les parents. Elle est également utilisée en partie pour questionner les profes-

seurs des écoles primaires. Le DISC-2 est un questionnaire structuré qui évalue les symptômes des diagnostics de l'Axe I du DSM-III-R, au cours des 6 ou 12 mois précédant l'entrevue. Il comprend une mesure de l'adaptation. Il peut être administré par des interviewers non formés en santé mentale. Le temps de passation pour les catégories de problèmes évalués dans l'enquête est d'environ une heure. La dernière version du Dominique, un questionnaire construit comme une bande dessinée illustrant un enfant dans diverses situations de la vie quotidienne, est utilisée pour les enfants de 6 à 11 ans (Valla, et al., 1992b). Il ne requiert pas de formation en santé mentale et son temps de passation est de 15 à 20 minutes.

Les variables associées

L'information est recueillie auprès des adolescent(e)s de 12 à 14 ans et des parents. Trois catégories de variables associées sont évaluées dans l'enquête québécoise: les caractéristiques de l'enfant ou l'adolescent(e), celles de la famille et les variables socio-économiques. Les caractéristiques de l'enfant ou l'adolescent(e) sont, en plus de l'âge et du sexe, la compétence sociale, le rendement scolaire, les événements de vie et la santé physique. Les variables de la famille sont la structure familiale et la composition de la famille, la santé mentale du parent, la relation de couple, la relation parent-enfant, les modalités de garde lors de séparation, les événements de vie, la santé physique et enfin, le soutien social. Les variables socio-économiques concernent le lieu de résidence, le type d'habitation, la scolarité, le statut d'activité et le revenu de chaque parent et enfin, le lieu de naissance de chaque parent et la langue parlée à la maison.

Autres variables

L'utilisation des services de santé et la consommation de médicaments de l'enfant ou l'adolescent(e) sont étudiées lors de l'enquête. Une évaluation de la désirabilité sociale fait également partie du protocole.

Procédure de collecte des données

Les entrevues ont été réalisées de février à juillet 1992.

Le contrat de la collecte des données a fait l'objet d'un concours et la firme de sondage SOM a été choisie.

La formation des interviewers et des coordonnateurs, d'une durée d'une semaine, a porté sur les aspects techniques de l'entrevue et le contenu des questionnaires. Deux interviewers se sont rendus à domicile, l'un rencontrant le parent, l'autre le jeune. Une entrevue téléphonique avec les professeurs des enfants de 6 à 11 ans était par la suite réalisée, après avoir obtenu le consentement des parents.

Les questionnaires ont été vérifiés par les interviewers, les coordonnateurs et enfin, une équipe de la centrale de SOM. À chacune des étapes, les erreurs ont été corrigées en appelant au besoin les familles. Les questionnaires ont enfin été saisis sur fichiers et validés à l'aide d'un programme informatique.

La confidentialité des renseignements nominatifs a été assurée par un ensemble de mesures conformes aux exigences de la Commission d'accès à l'information.

Plan d'analyse

L'analyse des données est en cours au Service de recherche de l'Hôpital Rivière-des-Prairies. Le rapport d'enquête sera remis au MSSS en mai 1993. Cinq groupes d'analyses, réunissant des chercheurs en enfance ou en adolescence, issus de divers milieux, ont été constitués. Les thèmes de ces groupes sont 1) aspects techniques du plan d'analyse; 2) prévalences; 3) variables associées; 4) typologie des familles et 5) utilisation des services. De plus, un comité de lecture, composé surtout d'intervenants aura pour mandat de reviser les chapitres du rapport d'enquête. Ce rapport présentera l'ensemble des résultats, selon le sexe et les groupes d'âge. Le contenu des chapitres sera rédigé en fonction des besoins des planificateurs et des intervenants. Des rapports complémentaires spécialisés et s'adressant à des groupes plus restreints seront rédigés au cours de l'année 1993-1994.

Conclusion

L'étude de la distribution des déterminants de la maladie mentale chez les jeunes québécois permettra une meilleure planification des services de santé mentale. Les intervenants dans les divers services disposeront de résultats qu'ils pourront utiliser pour améliorer les prises en charge. Enfin, les données permettront de formuler des hypothèses de recherche et de réaliser des projets sur certaines problématiques vécues par les jeunes de 6 à 14 ans. Les équipes de recherche auront alors tout intérêt à utiliser, autant que possible, les instruments de mesure de l'enquête. En effet, ces équipes pourront ainsi comparer leurs résultats à ceux obtenus pour l'ensemble des jeunes québécois.

NOTE

1. Le projet a été dirigé par J.P. Valla, m.d., M.Sc., puis par J.P. Valla et L. Bergeron, M.Sc., et depuis 1991, est coordonné par J.J. Breton, m.d., M.Sc., J.P. Valla et L. Bergeron. La responsable du projet à Santé Québec est C. Daveluy.

RÉFÉRENCES

- ANDERSON, J.C., WILLIAMS, S., MC GEE, R., SILVA, P.A., 1987, DSM-III Disorders in preadolescent children. Prevalence in a large sample from the general population. *Archives of General Psychiatry*, 44, 69-76.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1987, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Third Edition-Revised), Washington, D.C.
- BERGERON, L., VALLA, J.P., BRETON, J.J., 1992, Pilot study for a Quebec Child Mental Health Survey; Part One: The measurement estimates in 6 to 14 year-old children and adolescents. *Canadian Journal of Psychiatry*, 37, 374-380.
- BERGERON, L., VALLA, J.P., BRETON, J.J., 1992, Pilot study for a Quebec Child Mental Health Survey; Part Two: Correlates of DSM-III-R criteria in 6 to 14 year-old children and adolescents, *Canadian Journal of Psychiatry*, 37, 381-386.
- BIRD, H.R., CANINO, G., RUBIO-STIPEC, M., GOULD, M.S., RIBERA, J., SESMAN, M., WOODBURY, M., HUERTAS-GOLDMAN, S., PAGAN, A., SANCHEZ-LACAY, A., MOSCOSO, M., 1988, Estimates of the prevalence of childhood maladjustment in a community survey in Puerto Rico, *Archives of General Psychiatry*, 45, 1120-1126.
- BOYLE, M.H., OFFORD, D.R., HOFMAN, H.G., CATLIN, G.P., BYLES, J.A., CADMAN, D.T., CRAWFORD, J.W., LINKS, P.S., RAE-GRANT, N.I., SZATMARI, P., 1987, Ontario Child Health Study; I. Methodology, *Archives of General Psychiatry*, 44, 821-831.
- GAGNON, C., CHARLEBOIS, P., LARIVÉE, S., TREMBLAY, R., 1991, Compréhension des relations interpersonnelles et comportements agressifs chez de jeunes garçons à l'école primaire. *Enfance*, 45, 3, 221-239.
- KASHANI, J.H., BECK, N.D., HOEPER, E.W., FALLAHI, C., CORCORAN, C.M., MCALLISTER, J.A., ROSENBERG, T.K., REID, J.C., 1987, Psychiatric disorders in a community sample of adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 144, 584-589.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 1991, *Un Québec fou de ses enfants: Rapport du groupe de travail pour les jeunes*, Gouvernement du Québec, MSSS, Dir. des communications.
- MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DIRECTION DE LA RECHERCHE, 1991, *L'école... facile d'en sortir mais difficile d'y revenir: Enquête auprès des décrocheurs et décrocheuses*.
- OFFORD, D.R., BOYLE, M.H., SZATMARI, P., RAE-GRANT, N.I., LINKS, P.S., CADMAN, D.T., BYLES, J.A., CRAWFORD, J.W., BLUM, H.M., BYRNE, C., THOMAS, H., WOODWARD, C.A., 1987, Ontario Child Health Study: II. Six-month prevalence of disorder and rates of service utilization, *Archives of General Psychiatry*, 44, 832-836.
- SHAFFER, D., FISHER, P., PIACENTINI, J., SCHWAB-STONE, M., WICKS, B.A., 1991, *DISC-2.25*, Unpublished Manuscript, New York State Psychiatric Institute, New York.

- TOUSIGNANT, M., HAMEL, S., BASTIEN, M.F., 1988, Structure familiale, relations parents-enfants et conduites suicidaires à l'école secondaire, *Santé mentale au Québec*, 13, n° 2, 79-93.
- TOUSIGNANT, M., HAMEL, S., BASTIEN, M.F., 1990, Le suicide chez les jeunes, *Interface*, 2-3, Mai-juin, 22-26.
- VALLA, J.P., BERGERON, L., BRETON, J.J., 1992a, Measurement and case definition in recent descriptive epidemiological studies of psychiatric disorders: a reappraisal, Soumis pour publication au *Psychological Bulletin*.
- VALLA, J.P., BERGERON, L., BÉRUBÉ, H., GAUDET, N., 1992b, A pictorial questionnaire based on DSM-III-R, Soumis pour publication au *Journal of Abnormal Child Psychology*.
- VELEZ, C.N., JOHNSON, J., COHEN, P., 1989, A longitudinal analysis of selected risk factors for childhood psychopathology, *J. Am. Child and Adol. Psychiatry*, 28, 6, 681-864.
- VERHULST, F.C., BERDEN, G.F.M., SANDERS-WOUDSTRA, J.A.R., 1985, Mental health in Dutch children: II. The prevalence of psychiatric disorder and relationship between measures, *Acta Psychiatr. Scand.*, 72, 1-45.

Jean-Jacques Breton, m.d., M.Sc.
Chef du Service de recherche à l'Hôpital
Rivière-des-Prairies;
J.P. Valla, m.d., M.Sc.
Hôpital Rivière-des-Prairies;
L. Bergeron, M.Sc.
Hôpital Rivière-des-Prairies.